**Karta zgłoszeniowa do udziału w programie**

**„Podstępne WZW”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i adres szkoły | Liczba klas **II** | Liczba uczniów klas **II** | Imię i nazwisko realizatora programu, Telefon/e-mail |
|  |  |  |  |  |

**UWAGA!**

Kartę zgłoszeniową do udziału w programie prosimy kierować do dnia **09 listopada 2023 roku** na adres: Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna we Włoszczowie, ul. Sobieskiego 38, lub tel. 41 39 42 741, e-mail: sekretariat.psse.wloszczowa@sanepid.gov.pl

 .........................................  .......................................................

 Miejscowość i data pieczątka szkoły